

## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich

Name: .....

Vorname: .....

Straße: .....

Ort: .....

Geb. am: .....

Telefon: .....

die Aufnahme im Verein AIDS-Hilfe Hamburg e.V. zum .....

Mitgliedsbeitrag (bitte ankreuzen):

- |                       |           |                       |                    |          |
|-----------------------|-----------|-----------------------|--------------------|----------|
| <input type="radio"/> | Normal:   | <input type="radio"/> | jährliche Zahlung  | € 132,00 |
|                       |           | <input type="radio"/> | monatliche Zahlung | € 11,00  |
| <input type="radio"/> | Ermäßigt: | <input type="radio"/> | jährliche Zahlung  | € 33,00  |

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen können auf Antrag vom Mitgliedsbeitrag befreit werden.

- Ich zahle durch Überweisung.
- Ich zahle bar.
- Ich ermächtige Euch/Sie zum Einzug des Beitrages durch Lastschrift (siehe beiliegendes Formular).**

Hamburg, den .....

Unterschrift

---

Vermerk Vorstand: Aufgenommen am:

Beitrag: